

Vol. 2. Issue 3 September 2023

MedUnion



ISSN-2181-3183



ҚАДРЛИ ҲАМКАСБЛАР!

Маълумки, Ўзбекистонда ёшларга оид сиёсатга катта эътибор қаратилмоқда, айниқса, сўнгги йилларда Президентимиз ва ҳукуратимизнинг қатор меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлари қабул қилиниб, ёшларнинг илм-маърифат эгаллаши, меҳнат фаолияти ва бўш вақтини мазмунли ўтказиши учун кўпгина шарт-шароит яратишга хизмат қилмоқда.

Таклиф этилаётган «**MedUnion**» илмий-амалий журнали ёш олимлар, магистрлар, клиник ординаторлар, докторантлар, мустақил изланувчилар ва талабалар учун профессионал мулоқот майдони бўлиб хизмат қилади. Журнал электрон шаклда нашр этилади, чунки ушбу формат бир қатор афзалликларга эга: нашр этилган материаллар ҳажмига чекловлар олиб ташланади, муаллифдан ўқувчига бўлган йўл сезиларли даражада қисқаради, бу бизнинг динамик замонамизда жуда аҳамиятли, шунингдек ҳаражатлар ҳам анча камайтиради. Ҳар бир мақолага оригинал ДОИ рақами берилади.

Ушбу электрон илмий журналнинг мақсадлари:

- стоматология, умумий клиник, фундаментал фанлар, шунингдек, тиббиётда педагогика ва психология соҳасидаги замонавий тадқиқотларни ёритиш.
- ёш олимларнинг интеграциялашуви ва ушбу фанларнинг илмий ва амалиётчи мутахассислари ўртасидаги яқин ҳамкорлик.
- академик анъаналар давомийлигини сақлаш, илмий-педагогик кадрларни тарбиялаш.

Журналда ўзбек, рус ва инглиз тилларида ёш олимлар диссертацияларининг оригинал эмпирик тадқиқотлари ва умумий илмий-назарий мақолалар чоп этилади. Ишонаманки, ушбу журнал ҳақиқий мунозара майдонига айланади, илмий мулоқотни таъминлашга ёрдам беради, шунингдек, тиббиёт соҳасида янги илмий ва педагогик кадрларни тарбиялашга ўз хиссасини қўшади. Сизни ушбу лойиҳада турли материаллар муаллифи ва шарҳловчи сифатида иштирок этишга таклиф қиламиз.

Бош муҳаррир

Н. Ҳайдаров

Главный редактор:

Хайдаров Н.К. – д.м.н., ректор Ташкентского государственного стоматологического института (Узбекистан)

Заместитель главного редактора: Шомуродов К.Э. –

д.м.н., проректор по научной работе и инновациям ТГСИ (Узбекистан)

Ответственный секретарь:

Мун Т. О. – PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)

Редакционная коллегия:

Баймаков С.Р. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Амануллаев Р.А. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Ходжиметов А.А. – д.б.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Мухамедов И.М. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Рустамова Х.Е. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Полатова Д.Ш. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Шамсиев Д.Ф. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Муртазаев С.С. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Вахидов У.Н. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Янгиева Н.Р. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Раимова М.М. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Салимов О.Р. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Хамдамов Б.З. – д.м.н., доцент БухГМИ (Узбекистан)
Собиров М.А. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Султонов Ш.Х. – д.м.н., доцент (Узбекистан)
Алимова Д.М. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Мирсалихова Ф.Л. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Пахомова Н.В. – к.м.н. доцент кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова (Россия)
Халматова М.А. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Махкамова Н.Э. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Нишанова А.А. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Туйчибаева Д.М. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Мухамедов Б.И. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Нугманова У.Т. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Дадабаева М.У. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Арипова Г.Э. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Шомухамедова Ф.А. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Махсумова С.С. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Содикова Х.К. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Алиева Н. М. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Скосырева О.В. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)

Chief editor:

Khaydarov N.K. – DSc, Rector of the Tashkent State Dental Institute (Uzbekistan)

Deputy Editor:

Shomurodov K.E. – DSc, Vice-Rector for Research and Innovation TSDI (Uzbekistan)

Executive assistant:

Mun T. O. – PhD, assoc.prof of TSDI (Uzbekistan)

Editorial team:

Baymakov S.R. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Amanulaev R.A. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Khodjimetrov A.A. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Mukhamedov I.M. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Rustamova Kh.E. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Polatova D.Sh. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Shamsiev D.F. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Murtazaev S.S. – DSc, assoc prof. of TSDI (Uzbekistan)
Vakhidov U.N. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Yangieva N.R. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Raimova M.M. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Salimov O.R. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Khamdamov B.Z. – DSc, assoc.prof. of BSMI (Uzbekistan)
Sobirov M.A. – DSc, assoc.prof. (Uzbekistan)
Sultanov Sh.Kh. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Alimova D.M. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Mirsalikhova F.L. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Pakhomova N. V. – PhD, assoc.prof. The First Saint Petersburg State medical university named after Academician Pavlov I.P. (Russia)
Khalmatova. M. A. – PhD, assoc.prof. of TSDI Uzbekistan)
Makhkamova N.E. – DSc, prof. of TSDI Uzbekistan)
Nishanova A.A. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Tuychibaeva D.M. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Mukhamedov B.I. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Nugmanova U.T. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Dadabaeva M.U. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Aripova G.E. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Shomukhamedova F.A. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Makhsumov S.S. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Sodikova Kh.K. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Alieva N.M. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)

Реймназарова Г.Д. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Аляви С. Ф. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Каримова М.У. - к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Акрамова Л.Ю. – к.п.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Бабакулов Ш. Х.- PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)
Хасанова Л.Э.- д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Балтабаев У.А.- д.х.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Буранова Д.Д.-к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Исраилова М.Н.- PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)
Хикметов Б.А. - PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)
Абдукодиров Э.И. - PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)

Редакционный совет:

Jaе Hoon Lee – д.м.н., профессор Университет Ёнсей (Южная Корея)
Kavinda Sudharaka Tissera – PhD, Университет Рухуна (Шри Ланка)
Ермак О.А. – к.м.н., доцент Белорусской медицинской академии последипломного образования (Беларусь)
Бекжанова О.Е. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Даминова Л.Т.– д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Дусмухамедов М.З. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Азизов Б.С. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Пулатова Б.Д.– д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)

Дизайн и технические работы:

Мирхайидов М.М.
Жураев Б.Н.
Мусаев Ш.Ш.

Skosireva O.V. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Reimnazarov G.D. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Alyavi S.F. – PhD., assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Karimova M.U. - PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Akramova L.Yu. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Babakulov Sh.Kh. - PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Khasanova L.E.- DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Baltabayev U.A. - DSc, professor in TSDI (Uzbekistan)
Buranova D. D.- PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Israilova M. N.- PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Khikmetov B.A.- PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Abdukodirov E.I.- PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)

Editorial Council:

Jaе Hoon Lee – DSc, Prof. of Yonsei University (South Korea)
Kavinda Sudharaka Tissera – PhD, Ruhuna University (Sri Lanka)
Ermak O.A. – PhD, assoc.prof. of the Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education (Belarus)
Bekjanova O.E. – DSc, prof. in TSDI (Uzbekistan)
Daminova L.T. – DSc, prof.in TSDI (Uzbekistan)
Dusmukhamedov M. Z. – DSc, prof. in TSDI (Uzbekistan)
Azizov B. S. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Pulatov B. D.– DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)

Design and technical work:

Mirkhayidov M.M.
Juraev B.N.
Musaev Sh.Sh.

Содержание

1. Абдуллаева Г.Ж., Раджабова Г.М., Закирова Д.В., Шербадалова Н.Х., Машкурова З.Т. Ассоциация rs6817105 полиморфизма гена PITX2 с фибрилляцией предсердий у больных артериальной гипертензией в узбекской популяции	8-15
2. Абдуллаева Г.Ж., Юсупова Х.Ф., Хамидуллаева Г.А., Машарипов Ш.М., Ибрагимова И.А. Взаимосвязь параметров суточного профиля артериального давления и артериальной жесткости с когнитивными нарушениями у больных артериальной гипертензией	16-23
3. Абдурахимова Л.А., Саидова М.Ж., Рахимова М.Б. Сурункали панкреатит ривожланишида турмуш тарзи ҳамда фенотипик хусусиятларнинг ўзига ҳос томонлари	24-32
4. Абдурахимова Л.А. Клиник фанларни ўқитишда симуляцион таълим жараёнининг ўзига ҳос томонлари	33-44
5. Абдурахимова Л.А., Халметова Ф.И. Сурункали панкреатитда ташқи секретор этишмовчиликнинг ташхислаш мезонлари	45-53
6. Абдурахманова Н.М., Рахимов С.С., Акрамов Н.М., Абдураззоқова Р.А. Генетические аспекты резистентности к лечению метотрексатом у больных ревматоидным артритом	54-59
7. Абдурахманова Н.М., Рихсиева Л.М. Оценка взаимосвязи уровня интерлейкина-17а с повреждением позвоночника у больных аксиальным спондилоартритом	60-68
8. Азимова О.Т., Халимова З.Ю. Клинико-гормональная характеристика агрессивных аденом гипофиза	69-74
9. Арипова Н.Н., Хамраев А.А., Собирова Г.Н. Математическая модель прогноза эффективности лечения больных с хроническими панкреатитами с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы и дефицитом витамина Д	75-79
10. Атахажаева Г., Газиева Х., Мирзаева Б. Vemorlarning ijtimoiy holatiga qarab osteoartrit kechishida komorbid holatining xususiyatlari	80-87
11. Ахмедов И. А. Ревматоид артрит касаллигида бўғим ва бронхопуймонал ўзгаришларни эрта аниқлашда нурли диагностика текширув усулларнинг имкониятлари	88-91
12. Ахмедов Х. С., Ботирбеков А.Н. Modern views in the treatment of systemic sclerosis	92-95
13. Ахмедов Х. С., Халметова Ф.И. The significance of biomarkers in joint damage in patients with reactive arthritis	96-104
14. Ахмедов Х.С., Умарова Г.Ф. Динамика суставного синдрома при ревматоидном артрите на фоне коррекции прогестероновой недостаточности	105-109
15. Ахмедов Х.С., Умарова Г.Ф., Кенжаев А.Б. Сравнительная характеристика клинических и функциональных показателей при ревматоидном артрите в зависимости от зон проживания	110-114
16. Ахмедов Х.С., Халметова Ф.И.	

Суставной синдром у больных с реактивным артритом: ретроспективный анализ	115-118
17. Ахмедов Х.С., Мамирова М.Н.	
II Тип қанди диабетда нефропатия ривожланиши клиник ва лаборатор маркерларининг солиштирма таҳлили	119-124
18. Бобокулов М.Б., Сабиров М.А., Зуннунов Х.М.	
Morpho-functional state of the transplant kidney in metabolic syndrome and dyslipidemia	125-132
20. Буранова С. Н.	
Изучение клинической эффективности препарата «Суставин» на фоне стандартной терапии остеоартрита коленных суставов	133-138
21. Буранова С. Н.	
Study of the clinical course of articular syndrome and retrospective assessment of disorders of articular structures in patients with osteoarthritis	139-145
22. Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С.	
Сравнительная оценка выявляемости предгипертензии и артериальной гипертензии в зависимости от основных факторов риска в условиях ферганской долины	146-152
23. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С.	
Внедрение инновационной технологии наблюдения больных гипертонической болезнью в условиях семейной поликлиники	153-161
24. Гадаев А.Г., Пирматова Н.В., Рахматуллаева Н.Р.	
Состояние функции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью, перенесших Ковид-19 в динамике проводимой терапии	162-168
25. Гадаев А.Г., Салаева М.С., Сагдуллаева Ю.А.	
Дисфункция почек при хронической обструктивной болезни лёгких	169-177
26. Жўраева М.А., Холикова Д.С.	
Юик билан хасталанганларда ичак микробиотасини ўзгаришини дислипидемияга таъсири	178-182
27. Закирходжаев Ш.Я., Паттахова М.Х., Муталов С.Б.	
Изучение особенностей гуморальных факторов у пациентов с хроническими заболеваниями печени	183-192
28. Зарипов С.И.	
Pathophysiological and clinical significance of anti-nuclear antibodies in systemic sclerosis	193-198
29. Исиргапова С. Н., Сабиров М. А., Султонов Н. Н.	
Климактерик синдромни сурункали буйрак касаллиги в боскичидаги беморларда касаллик кечишига таъсир хусусиятлари	199-206
30. Камилова У.К., Кодирова Ш.С.	
Изучение психологических нарушений у больных, перенесших COVID -19	207-211
31. Қурбонов А.К., Раҳимов А.Н.	
Сурункали юрак етишмовчининг метаболик синдром билан коморбидликда кечишини ўзига хослиги	212-224
32. Қурбонов А.К., Саттаров С.Т., Эрназаров М.М.	
Сурункали юрак етишмовчилиги ва юрак-қон томир хавфи: гиперурикемия ...	225-232
33. Қурбонов А.К., Худаяров А.А., Эрназаров М.М., Раззаков И.О., Саттаров С.Т.	
Сурункали юрак етишмовчилигининг гемодинамик фенотипларини шаклланиши ва кечишида айрим нейрогормонларнинг аҳамияти	233-241
34. Мирахмедова Х.Т., Хамраев Х.Х., Дадабаева Н.А.	

УДК: 616.12-008.331.1

ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С.

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

АННОТАЦИЯ

Эффективный контроль и активное диспансерное наблюдение за больными артериальной гипертензией (АГ) предполагает не только правильность медикаментозных врачебных назначений (подбор препарата, дозы, режима приема и др.), но и регулярную коррекцию основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), тесно связанных с образом жизни. В настоящей работе изучается информированность больных АГ и внедрение «Алгоритма электронной программы персонального динамического наблюдения за больными АГ в условиях первичного звена». Данная программа позволит выявлять риск прогрессирования осложнений заболевания на ранних стадиях их развития и проводить комплексное адекватное лечение.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, факторы риска, информированность больных АГ, эффективный контроль, электронная программа, диспансеризация.

SUMMARY

Effective control and active dispensary observation of patients with arterial hypertension (AH) implies not only the correctness of medical prescriptions (selection of the drug, dose, regimen, etc.), but also regular correction of the main risk factors for cardiovascular diseases (CVD), which are closely related with lifestyle. In this paper, we study the awareness of patients with AH and the implementation of the "Algorithm for the electronic program for personal dynamic monitoring of patients with AH in the primary care setting." This program will allow to identify the risk of progression of complications of the disease in the early stages of their development and to carry out comprehensive adequate treatment.

Keywords: arterial hypertension, risk factors, awareness of AH patients, effective control, electronic program, clinical examination.

На сегодняшний день, ежегодно от ССЗ умирает больше людей, чем от каких-либо других причин. Более 75% случаев смертей, обусловленных сердечно-сосудистой патологией или инсультом, происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. АГ или повышенное артериальное давление (АД) – это серьезное патологическое состояние, значительно повышающее риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), головного мозга, почек и других болезней. Диагноз АГ

устанавливается на основании регистрации уровней систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), превышающих определенные значения или факта приема антигипертензивных препаратов. Согласно оценкам, гипертонической болезнью (ГБ) страдает примерно 1,4 миллиарда человек во всем мире, при этом только у 14% пациентов обеспечивается контроль АД. Вместе с тем в арсенале медицинских работников имеются экономически эффективные методы динамического контроля, немедикаментозной профилактики и доказанные средства для лечения этого заболевания [2].

Распространенность ГБ среди взрослого населения составляет 30–45%, не зависит от уровня дохода и одинакова в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода [4]. В российской популяции среди мужчин в возрасте 25–65 лет распространенность АГ несколько выше (в некоторых регионах она достигает 47%), тогда как среди женщин распространенность АГ – около 40% [1].

В Узбекистане в 2014 г. было проведено национальное исследование распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), в том числе и ГБ, базируемое на стандартной методологии STEPS ВОЗ, включающей 3 основных этапа: опрос; проведение физикальных и биохимических измерений. Исследование было проведено среди взрослого населения страны в возрасте 18–64 лет. Согласно полученным результатам данного исследования пятая часть (20,1%) населения 40–64 лет имеет 10-летний риск ССЗ $\geq 30\%$ или любое ССЗ на момент исследования. Данный

показатель указывает на высокую вероятность развития серьезных осложнений, таких как инфаркта миокарда, мозгового инсульта и заболевания почек в ближайшие 10 лет в этой группе населения.

Распространенность ГБ увеличивается с возрастом, достигая 60% и выше у лиц старше 60 лет [4]. Поскольку наблюдаемое увеличение продолжительности жизни сопровождается постарением населения и, соответственно, увеличением количества малоподвижных пациентов с избыточной массой тела, прогнозируется, что распространенность АГ будет неуклонно расти во всем мире. Согласно прогнозу, к 2025 году число пациентов АГ увеличится на 15–20% и достигнет почти 1,5 миллиарда [6].

АГ является ведущим фактором риска развития ССЗ (инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность), цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) и почечных (хроническая болезнь почек) заболеваний [5]. АГ основная причина развития преждевременной смерти и фактор риска почти 10 миллионов смертей и более чем 200 миллионов случаев инвалидности во всем мире [8]. Уровень САД ≥ 140 мм рт. ст. ассоциируется с повышением риска смертности и инвалидности в 70% случаев, при этом наибольшее число смертей в течение года, связанных с уровнем САД, возникают вследствие ишемической болезни сердца (ИБС), ишемических и геморрагических инсультов [8]. Между уровнем АД и риском развития ССЗ существует

прямая связь. Эта связь начинается с относительно низких значений - 110-115 мм рт.ст. для САД и 70-75 мм рт. ст. для ДАД [5].

Повышенные уровни АД имеют прямую и независимую связь с частотой развития большинства ССЗ (геморрагического инсульта, ишемического инсульта, инфаркта миокарда, внезапной коронарной смерти, сердечной недостаточности и заболеваний периферических артерий), а также терминальной почечной недостаточности. Все больше данных свидетельствуют о тесной связи АГ с увеличением частоты развития фибрилляции предсердий, а также когнитивной дисфункции и деменции. Повышение АД в среднем возрасте ассоциируется с развитием когнитивных нарушений и деменции в пожилом возрасте, а регулярный контроль и интенсивная терапия АГ с достижением целевых показателей АД уменьшает риски развития умеренных когнитивных нарушений и возможной деменции.

Прямая связь между повышенным уровнем АД и риском сердечно-сосудистых событий продемонстрирована для всех возрастных и этнических групп. У пациентов старше 50 лет САД является более сильным предиктором событий, чем ДАД. Высокое ДАД ассоциируется с увеличением риска сердечно-сосудистых событий и чаще является повышенным у более молодых (<50 лет) пациентов. ДАД имеет тенденцию к понижению во второй половине жизни вследствие увеличения артериальной жесткости, тогда как САД, как фактор риска, приобретает в этот период еще большее значение. У пациентов среднего и пожилого возраста, повышение пульсового давления (ПД)

(разница между уровнями САД и ДАД), оказывает дополнительное негативное влияние на прогноз [7].

Согласно результатам отечественных и зарубежных специалистов, на сегодняшний день стало ясно, что факторы риска, влияющие на уровень АД и связанные с образом жизни, эффективно управляемы и зависят от силы воли самого пациента. Кроме того, персональное диспансерное наблюдение, основанное на внедрении инновационных технологий в повышении осведомленности больных ГБ о принципах немедикаментозной и медикаментозной коррекции, а также самоконтроля заболевания являются неотъемлемой частью сохранения здоровья населения.

Одним из методов коррекции управляемых факторов риска и формирования доверительного межличностного общения семейного врача с пациентом является обучение больных (персональное или групповое) с ХНИЗ, в частности, с АГ.

Теоретически, обучение больных АГ является организационной формой медицинского профилактического консультирования в поликлинических условиях, имеющая самостоятельное значение и определенную стоимость. Вместе с тем, опыт международных специалистов в проведении информационных вмешательств в сфере здравоохранения позволил более четко сформулировать концепцию по профилактическому обучению: понимание мироощущения людей, их ценностей и потребностей способствует созданию не только информационных, но и мотивационных программ обучения и динамического наблюдения. Именно совместные

усилия врача и пациента в рамках проведения обучения обеспечивает приверженность лечению и эффективному динамическому наблюдению, что ведет к улучшению прогноза заболевания и сохранению трудоспособности больных с АГ.

Цель исследования: Повышение эффективности профилактики и лечения больных ГБ путем внедрения в семейные поликлиники инновационной тактики ведения и диспансерного наблюдения.

Материалы и методы: Анкетировано и обследовано 236 пациентов ГБ, состоящих на диспансерном наблюдении в семейных поликлиниках. Впоследствии часть из них (n=122, основная группа), прошли курс обучения, а часть (n=114, группа сравнения) не участвовали в образовательной программе. Все пациенты находились под диспансерным наблюдением в течение 2-х лет.

Результаты и обсуждение: Среди факторов, влияющих на эффективность лечения пациентов ГБ, наряду с клиническими особенностями течения заболевания и правильностью врачебных назначений – выбор препарата, доза, режим приема и др., огромное значение имеет приверженность больных к лечению, т.е. полнота и правильность выполнения ими врачебных рекомендаций. У пациентов основной группы, в отличие от группы сравнения произошла положительная динамика в липидном спектре: уменьшилось число больных гипертриглицеридемией с 19,6% до 11,4% (p<0,001); гиперхолестеринемией липопротеинов низкой плотности с 56,5% до 27,0% (p<0,001). После обучения все больные основной группы

прекратили употреблять алкоголь; из 13 (10,6%) 5 (4,0%) человек отказались от курения, что связано не только с желанием самого больного, но и с его участием в обучении, где изложение информационного материала построено на показе преимуществ отказа от курения, как основного фактора риска развития атеросклероза; гиподинамия отмечалась у 85 (69,6%) до обучения и 30,3% после обучения (p<0,001); уменьшилось количество пациентов с нарушением толерантности к глюкозе с 9,8% до 1,6% (p<0,001); избыточное потребление поваренной соли более 5-6 г/сут наблюдалось до обучения у 10 (8,1%) и после обучения лишь у 3 (2,4%) (p<0,001). Наряду с этим, отмечены достоверные изменения в клинической картине заболевания пациентов, прошедших обучение: реже стали возникать головокружение и головные боли, наблюдалась тенденция к уменьшению одышки при физической нагрузке. Количество пациентов страдающих стенокардией напряжения 51 (41,8%), также как и имеющие нарушения ритма 14 (11,4%) не увеличилось. В результате обучения пациенты улучшили свои знания о факторах риска ГБ (с 45,9% до 99,1%) и информированности (с 54,0% до 99,1%) о наличии у них ГБ. Течение ГБ сопровождалось достоверным снижением частоты гипертонических кризов с 32,7% до 3,2% (p<0,001) в группе пациентов, включенных в образовательную программу. Кроме того, 118 (96,7%) пациентов стали самостоятельно контролировать артериальное давление и вести дневник самоконтроля, что способствовало повышению приверженности к медикаментозной терапии.

Согласно полученным результатам нашего исследования (ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов ГБ, находящихся на диспансерном наблюдении, проведение опроса семейных врачей по тактике ведения и лечения больных ГБ, обучение и анкетирование больных ГБ), врачи первичного звена проводят наблюдение за пациентами, не соблюдая регулярность и длительность их оздоровления. То есть, не ведется углубленный мониторинг управляемых факторов риска ССЗ, следовательно, и их коррекция. Динамический контроль необходимых лабораторно-инструментальных исследований с целью определения глубины поражения органов-мишеней (ПОМ), их лечение и реабилитация имеют эпизодический характер. Ассоциированные клинические состояния (АКС) выявляются несвоевременно, не всегда проводится их реабилитация.

Следовательно, существующая система диспансеризации населения в условиях семейной поликлиники не позволяет в достаточной степени подойти индивидуально к каждому пациенту с учетом его личностных характеристик, имеющих факторов риска, поражения органов мишеней и ассоциированных клинических состояний. Что, в свою очередь, ухудшает качество проведения лечения и реабилитации больных в условиях первичного звена. Возможно, это связано с отсутствием специальных методических и компьютеризированных программ в семейных поликлиниках, направленных на оздоровление населения, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе и ГБ.

Внедрение передовых инновационных технологий в практику первичного звена создают возможность использования программы динамического наблюдения за больными ГБ и намного облегчают проведение лечебно-профилактических мероприятий в условиях поликлиники. Они могут позволить определять ведущие факторы риска ССЗ у каждого пациента, индивидуально проводить их коррекцию и мониторинг. С помощью таких программ пациенты, имеющие ПОМ и АКС, выявляются на ранней стадии их развития, что позволяет проводить своевременное адекватное лечение.

Всё это в нашем исследовании побудило усовершенствовать и разработать **алгоритм электронной программы персональной тактики динамического наблюдения больных ГБ** в условиях первичного звена.

Система электронного динамического наблюдения в условиях семейной поликлиники не требует больших экономических затрат, коммуникабельна, проста в своем исполнении, экономит время и облегчает практическую деятельность врачей первичного звена, а самое главное позволяет соблюдать конфиденциальность информации и накопленную базу данных каждого пациента.

Кроме того, электронная программа динамического наблюдения сконцентрирована на самом пациенте. При помощи математического расчета набранных баллов облегчает проведение мониторинга уровней АД, управляемых факторов риска, основных биохимических показателей крови (холестерина, глюкозы, креатинина), поражения органов-мишеней, подбор

наиболее подходящих гипотензивных препаратов или их комбинацию для конкретного пациента и улучшает приверженность к выполнению врачебных назначений.

С целью реализации данной работы и создания электронной программы были разработаны технические задания согласно современному языку программирования Borland Delphi и MySQL с использованием информации из базы данных Server 5+. Она нацелена для работы не только на персональном компьютере, но и для работы в семейной поликлинике посредством локальной сети. Для этого на персональном компьютере должна быть установлена программа вышеуказанной информационной базы MySQL 5+. Вся собранная информация постоянно сохраняется в базе данных данной программы, с помощью которой возможен ее просмотр.

Имеются лицензия программного обеспечения, номер серии для защиты авторского права и активизированные коды. Программа обладает интерфейсом для удобства и понимания пользователей. Для этого созданы места для администратора, главного врача и семейного врача, в систему они входят при помощи логина и пароля и всю необходимую информацию о больном вносят в установленные формы на основе требований программы. Вся информация сохраняется в сервере компьютера. Одновременно несколько

пользователей, то есть обмен информацией семейных врачей посредством сети сохраняется в сервере, заново обрабатывается и архивируется. Для осуществления безопасности собранной информации всех пользователей программное обеспечение создает возможность войти в базу данных посредством аутентификации логина и пароля.

В программе имеется роль администратора, главного врача и семейного врача. С помощью администратора (admin) возможно управление всей программой, сохранение данных в сервере и техническая поддержка. Главный врач (gvrach) имеет возможность заносить список и общие данные о всех семейных врачах, а также он имеет доступ к просмотру данных всех зарегистрированных больных ГБ. В программе каждый семейный врач (vor1, vor2 и т.д.) может заносить и сохранять информацию только о своих пациентах. Собранная информация об осмотре пациентов выходит в виде отчета, где указана дата проведения анализа, данные о пациенте, сколько раз был на приеме, при помощи которой создается возможность сравнивать выявленные показатели. Отчеты возможно хранить в PDF формате и распечатывать на принтере.

Ниже представлен алгоритм персонального динамического наблюдения за больными ГБ в поликлинических условиях.

Алгоритм электронной программы персонального динамического наблюдения за больными артериальной гипертензией в условиях первичного звена

1. Возраст и пол пациента

- мужчина до 55 лет... 0 – балл после 55 лет... 1 – балл
- женщина до 65 лет... 0 – балл после 65 лет... 1 – балл

2. Величина пульсового артериального давления (АД)

- у пожилых (65 лет и более...) величина пульсового АД не нарушена ... **0 – балл**
- у пожилых (65 лет и более...) величина пульсового АД нарушена... **1 – балл**

3. Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)

- у мужчин < 55 лет...нет... **0 – балл** есть... **1 – балл**
- у женщин < 65 лет ...нет... **0 – балл** есть... **1 – балл**

4. Давность анамнеза (заболевания)

- до 5-ти лет... **1 – балл**
- от 5-ти до 10-ти лет... **2 – балла**
- более 10-ти лет... **3 – балла**

5. Курение

- не имеется... **0 – балл**
- имеется... **1 – балл**

6. Абдоминальное ожирение (АО)

- не имеется... **0 – балл**
- окружность талии у мужчин > 102 см... **1 – балл**
- окружность талии у женщин > 88 см... **1 – балл**

7. Дислипидемия (ДЛП)

- общий холестерин ... < 5,0 ммоль/л ... **0 – балл**
- общий холестерин ... > 5,0 ммоль/л (190 мг/дл)... **1 – балл**

8. Глюкоза плазмы натощак

- менее 5,6 ммоль/л ... **0 – балл**
- от 5,6 до 6,9 ммоль/л (102-125 мг/дл)... **1 – балл**

9. Нарушение толерантности к глюкозе (НТГ)

- не имеется... **0 – балл**
- натощак < 6,1 ммоль/л... через 2 часа после ТТГ 7,8-11,1 ммоль/л... **1 – балл**

10. Поражение органов-мишеней (ПОМ)

- не имеется... **0 – балл**
- ЭКГ (ЭХОКГ) признаки гипертрофии левого желудочка ... **2 – балла**
- небольшое повышение сывороточного креатинина:
для мужчин... 115-133 мкмоль/л (1,3-1,5 мг/дл)... **2 – балла**
для женщин... 107-124 мкмоль/л (1,2-1,4 мг/дл)... **2 – балл**
- микроальбуминурия (МАУ) – 30-300 мг/сут... **2 – балл**

11. Наличие сахарного диабета (СД)

- не имеется... **0 – балл**
- глюкоза плазмы натощак... $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) при повторном измерении... **3 – балла**

12. Наличие ассоциированных клинических состояний (АСК)

- не имеется... **0 – балл**
- мозговой инсульт, транзиторные ишемические атаки... **3 – балла**
- инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация, ХСН... **3 – балла**
- диабетическая нефропатия, почечная недостаточность (сывороточный креатинин >133 мкмоль/л (1,5 мг/дл) для мужчин и >124 мкмоль/л (1,4 мг/дл) для женщин)... **3 – балла**
- расслаивающая аневризма аорты, симптомное поражение периферических артерий... **3 – балла**
- гипертоническая ангиопатия (кровоизлияния или экссудаты; отек соска зрительного нерва)... **3 – балла**

13. Наличие приверженности к немедикаментозной коррекции

- да, регулярно ... **0 – балл** да, нерегулярно... **1 – балл** нет... **2 – балла**

14. Наличие приверженности к медикаментозному лечению

- да, регулярно ... **0 – балл** да, нерегулярно... **1 – балл** нет... **2 – балла**

15. Итого набранных баллов: _____

Интерпретация полученных результатов:

1. **До 5-ти баллов (1-й уровень)** – профилактическое консультирование 1 раз в текущем году и коррекция выявленных управляемых факторов риска, при необходимости назначение медикаментозного лечения.
2. **От 5-ти до 10-ти баллов(2-й уровень)** – углубленное профилактическое консультирование 2 раза в текущем году, коррекция выявленных управляемых факторов риска и назначение регулярного медикаментозного лечения. При необходимости консультация узких специалистов (невропатолога, окулиста, кардиолога и др.).
3. **От 10-ти до 15-ти баллов (3-й уровень)** – углубленное индивидуальное и групповое консультирование (школа гипертоников) 3-4 раза в текущем году, коррекция выявленных управляемых факторов риска и назначение регулярного медикаментозного лечения. По показаниям консультация, лечение и реабилитация узких специалистов (невропатолога, окулиста, кардиолога и др.).
4. **15 и более баллов(4-й уровень)** – углубленное индивидуальное и групповое консультирование (школа гипертоников) не менее 4-х раз в текущем году, коррекция выявленных управляемых факторов риска и назначение регулярного медикаментозного лечения. По показаниям консультация, лечение и реабилитация узких специалистов (невропатолога, окулиста, кардиолога и др.).

В результате такого подхода создается возможность регулярного выявления серьезных изменений в состоянии здоровья больных ГБ на ранних стадиях их развития и причины неадекватного контроля заболевания. Что, в свою очередь, повышает эффективность профилактики и лечения ГБ на уровне первичного звена.

Следует отметить, программа позволяет анализировать и иметь четкое представление о том, какая из групп гипотензивных препаратов с доказанной эффективностью является наиболее подходящей и какого рода информацию следует давать пациенту. Неправильное назначение лекарственных средств ведет к неэффективному и небезопасному лечению, обострению и увеличению продолжительности подъема АД, стрессу и травмированию пациента, а также увеличивает стоимость лечения.

Заключение. На сегодняшний день, обучение и динамическое наблюдение больных ГБ признано одним из основных методов формирования приверженности к выполнению врачебных назначений и самоконтролю уровня АД, создания мотивации к оздоровлению поведенческих привычек, формирующих факторы риска и влияющие на прогноз заболевания. Роль семейного врача в наблюдении таких пациентов на всех этапах его жизни от рождения до конца жизни уникальна, так как непрерывное и длительное наблюдение создает возможность для выявления факторов риска АГ, контроля над профилактическими и лечебными мероприятиями, что, в свою очередь, повышает результативность деятельности врачей первичного звена.

Внедрение инновационной тактики ведения больных

гипертонической болезнью в семейных поликлиниках позволит выявлять риск грозных осложнений гипертонической болезни на ранних стадиях их развития, проводить соответствующее (адекватное) лечение, тем самым, улучшая качество и продолжительность жизни населения.

Результаты научных работ подтверждают необходимость дальнейшего изучения клинико-

экономической эффективности регулярного информирования и динамического наблюдения больных ГБ. Так как АГ является одной из самых распространенных и дорогих заболеваний сердечно-сосудистой системы, а оценка экономической эффективности лечения данной патологии на сегодняшний день одна из наиболее актуальных проблем кардиологии.

Литература / References

1. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 4:4-14. doi.org/10.15829/1728-8800-2014-4-4-14.
2. Клинические рекомендации по медикаментозной терапии артериальной гипертензии у взрослых [Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского общества кардиологов/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии 2018 г. Российский Кардиологический Журнал. 2018; (12):131-42.
4. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2014; 13(6):4-11.
5. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. от имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Системные гипертензии. 2019; 16 (1):
6. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005; 365:217–223.
7. Franklin SS, Lopez VA, Wong ND, et al. Single versus combined blood pressure components and risk for cardiovascular disease: the Framingham Heart Study. Circulation 2009; 119:243–250.
8. Williams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. J Hypertens 2018; 36(10):1953-2041.